

OCCLUSION INTESITINAL POSTAPENDICECTOMIA

Dr. DANIEL MAUTONE

La oclusión intestinal es frecuente en la apendicitis en evolución y en la apendicitis operada recientemente, o mucho tiempo atrás.

Las relaciones entre la apendicitis y la oclusión intestinal se esquematizan en las siguientes formas clínicas:

- 1) *Máscara oclusiva de la apendicitis aguda*, en que la oclusión predomina sobre los síntomas apendiculares y los oculta.
- 2) *Oclusión contemporánea de la apendicitis aguda* o forma oclusiva de la apendicitis aguda, en que el componente oclusivo es parte importante del cuadro, sin ocultar su origen apendicular.
- 3) *Oclusión intestinal postapendicectomía*, el tema que nos ocupa (O. I. P. A. en adelante).
- 4) *Oclusión intestinal postapendicitis enfriada*.
- 5) *Oclusión intestinal postapendicitis drenada*, sin extirpación del apéndice.
- 6) *Oclusión intestinal postapendicectomía, debida a lesión de colon*, que daba síntomas en la fosa ilíaca derecha, y no reconocida en la intervención.

Las O. I. P. A. forman parte del gran capítulo de la oclusión intestinal postoperatoria. Tienen mucho de común con las que siguen a algunas operaciones de cirugía ginecológica, gastroentérica y colorrectal, pero puede decirse que poseen rasgos de individualidad anatómica que se reflejan en algunos aspectos del tratamiento.

Entendemos por O. I. P. A. a todo síndrome oclusivo consecutivo a la extirpación del apéndice, y en relación de causa a efecto con la afección o su tratamiento quirúrgico.

No se consideran entonces en el tema los casos agrupados en el 6º grupo mencionado antes.

I) FRECUENCIA

La O. I. P. A. no es rara. Tiene cierta frecuencia. El gran número de apendicectomías que se practican hace que esta operación proporcione en valor absoluto la mayor cantidad de oclusiones postoperatorias. La oclusión se veía en el postoperatorio del 2 al 4, o del 2 al 6 % de las apendicitis agudas, y en el 0,2 a 0,4 % de las operadas en frío.

La apendicitis se complica de oclusión en similar proporción que la cirugía ginecológica y en menor proporción que la cirugía gastroentérica y colorrectal.

La complicación incide mucho más sobre las apendicitis mesocélicas y pelvianas que sobre las demás localizaciones.

II) ETIOLOGIA Y PATOGENIA

La O. I. P. A. es una complicación que puede sobrevenir *por la enfermedad en sí* o por *problemas relacionados al tratamiento*, siendo necesario discernir culpabilidades, puesto que las apendicitis casi siempre se operan.

Se trata de una afección con frecuente participación peritoneal, que puede llevar a la oclusión por sí sola, antes de ser operada. La operación es también un agente de íleo por múltiples causas, y cuando sus maniobras se dirigen a combatir la infección peritoneal pueden estar favoreciendo en la misma medida la producción de una oclusión intestinal.

MODO DE ACTUAR DE LA AFECCION APENDICULAR

a) La inflamación del peritoneo regional condiciona por sí un *íleo paralítico*, según la ley de Stokes, debido en parte a la estimulación de fibras inhibitorias simpáticas y en parte a parálisis directa de la musculatura intestinal.

b) El exudado purulento entre las asas delgadas tiende a ser bloqueado por la adherencia entre las mismas, condicionada por el exudado fibrinoso. Fórmanse así *abscesos intraperitoneales* en contacto con asas paralizadas, y modificadas en su forma y permeabilidad.

c) El exudado fibrinoso condiciona la adherencia de las asas entre sí, a la pared, al epiplón y alrededor de los drenajes. Todo esto da lugar a la formación de *bridas* o *adherencias extensas en superficie*, al principio laxas y más tarde fibrosas. Al trastorno funcional inicial se agregan o le siguen desde luego, modificaciones de la dirección, el calibre y la permeabilidad del íleon.

d) *El mismo apéndice* puede, adhiriendo por la punta, condicionar una oclusión al oprimir el íleon.

La afección apendicular requiere entonces, llegar al peritoneo; y al mismo tiempo, contacto con las asas ileales para actuar como agente oclusivo. Las apendicitis de situación mesocelíaca y pelviana proporcionan por eso el mayor número de casos de O. I. P. A.

e) La participación del epiplón en el proceso se traduce en la *epiploítis*, por sí sola agente de íleo paralítico febril y causa de oclusiones por brida.

f) La situación retrocecal o retrocecocólica del apéndice inflamado puede dar lugar a *celulitis retroperitoneal*, una de cuyas manifestaciones es el íleo.

MODO DE ACTUAR DE LA APENDICECTOMIA

a) La operación, como cualquier laparotomía, da origen a un *íleo*, cuya mínima expresión es la molestia postoperatoria de los gases, pero que puede ser agravado considerablemente por la acción de una anestesia accidentada y prolongada, el shock, pérdida hemática, los tironeamientos y la exposición visceral con manoseo y desecación, las tracciones de los mesos, las sufusiones y hematomas subperitoneales y mesentéricos. Los forcejeos con la pared en busca de exposición. Condiciones todas determinantes de la gravedad del íleo paralítico, que pueden volverlo una

oclusión completa. La anestesia ineficaz, la técnica desprolija y la incisión insuficiente están muchas veces en la base de estos sucesos, agentes de íleo.

b) La introducción en el foco operatorio de *cuerpos extraños* es capaz de favorecer adherencias granulomatosas y de entretener los fenómenos inflamatorios e infecciosos. De este modo actúan: el talco de los guantes, los cristales de sulfamida, algunos materiales de sutura. Las compresas olvidadas son bloqueadas por adherencias entre las asas y dan lugar a absceso residual e íleo.

c) En importante medida actúan *los drenajes*, cuando ofrecen gran superficie y se mantienen más de lo necesario. A su alrededor se aglutinan las asas delgadas, que se paralizan, deforman y ocluyen. Hace bastante más de medio siglo Hawkes aconsejaba drenar fuera del contacto con las asas y Bérard y Vignard describen verdaderas chimeneas de asas soldadas y acodadas formando el trayecto del drenaje. Desde hace mucho tiempo es prácticamente unánime la proscripción de los Mickulicz en las apendicectomías.

d) *El abandono de zonas desperitoneizadas*, tiene su mínima expresión en el muñón no invaginado y expresión en zonas de despegamiento coloparietal para apendicectomía retro-ceco-ascendente, por ejemplo. El debatido asunto del muñón cuenta con casos de oclusión indudables en su haber, y de muchos no tan indudables. Hay estadísticas de servicios donde no se invagina en que no se ha observado tan temido accidente.

e) Por otra parte, se relatan oclusiones por el *hilo de la jareta* que incluye y acoda el íleon, y casos en que el volumen de la porción invaginada es tal, que perturba el funcionamiento de la válvula ileocecal. Las *ligaduras demasiado generosas del meso*, pueden acodar también el íleon, motivando una oclusión inmediata.

f) Las *dehiscencias parietales* se manifiestan por íleo, y estando tan vinculadas al estado general previo del paciente, sólo en mínima parte pueden ser imputadas a falla técnica.

g) La operación es culpable algunas veces por *omisiones*. Generalmente, en base al principio de no diseminar la infección. Así pueden omitirse secciones de bridas o drenaje de abscesos que se ofrecen. Creemos que si el foco apendicular presenta la

fibrina en estado laxo, y si con suave maniobra se pueden despegar asas sin desperitoneizar, no debe omitirse secar el Douglas y explorar en busca de colecciones. También sabemos que muchas veces está bloqueado el pasaje a la pelvis por procesos más firmes que no pueden atravesarse sin gran riesgo. No consideramos falla de omisión la oclusión postapendicitis drenada. No evidencia un error táctico, sino una conducta de necesidad. La eventualidad más o menos remota de una O. I. P. A. no alcanza para establecer una conducta radical sistemática frente a absceso con apendicectomía dificultosa.

III) MOMENTO DE INSTALACION DE LA O. I. P. A.

Se distinguen oclusiones *precoces* y *tardías*. Las primeras son las que se manifiestan en las primeras semanas del postoperatorio (dentro del primer mes). Las *tardías* aparecen meses o años después de la apendicectomía. Clásicamente se divide a las *precoces* en:

Inmediatas, sin intervalo libre.

Retardadas, con intervalo libre en que recupera el tránsito digestivo. Estas últimas son también llamadas *secundarias precoces* y aparecen alrededor de una semana después de la operación.

Sobre esta clasificación, pueden variar las nomenclaturas y los plazos, pero, en general, todos nos podemos entender.

Se tiende erróneamente a relacionar el *momento de instalación con un determinado mecanismo de oclusión*. Así, se relacionan equivocadamente las formas inmediatas con íleo paralítico; las retardadas con oclusión mixta y las tardías con oclusión mecánica. Más adelante veremos esta relación en términos más justos.

IV) MECANISMO. TIPOS DE O. I. P. A.

Las apendicectomías pueden dar lugar a tres tipos de oclusión intestinal: *íleos paralíticos*, *oclusión mecánica*, *oclusión mixta*.

1) ILEOS PARALITICOS

Ya vimos cuales pueden ser las causas de este tipo de oclusión: infección peritoneal, epiploítis, celulitis, trauma operatorio. Además pueden ocasionarlo la uremia y la hipokaliemia.

Por su momento de aparición como forma pura, se permite situarlo como una causa frecuente e importante de oclusión inmediata.

El sustrato anatómico quirúrgico del íleo paralítico es una distensión que asienta en el delgado y en el colon, sin otra causa de oclusión concomitante y sin obstáculo aparente.

Del punto de vista clínico se trata de una forma que prolonga y exagera la retención de gases postoperatoria, asistiéndose a intensificación del dolor cólico, a veces vómitos, y a un balonamiento progresivo. El valor cuantitativo de estos síntomas es variable. Un íleo paralítico puede llegar a modificar el estado de equilibrio humoral del operado como cualquier tipo orgánico de oclusión intestinal. La auscultación del vientre tiene valor y da: silencio abdominal, salvo algún tintineo y transmisión anormal de los ruidos cardíacos.

Los antecedentes conmemorativos de la apendicitis y la operación pueden aclarar si existe causa de esta afección en un caso dado. La radiografía simple de abdomen, de pie o sentado, muestra la distensión cólica y la aeroilea. Puede haber niveles hidroaéreos en la oclusión funcional postoperatoria.

El íleo paralítico puede tomar una evolución grave y las condiciones de rebeldía de sus manifestaciones han llevado muchas veces a su comprobación operatoria. Es fundamental frente a íleo paralítico, para su diagnóstico seguro, establecer precozmente intubación-aspiración y reposición hidroelectrolítica. La respuesta es la curación que asegura el diagnóstico en plazos de 12 a 24 horas.

No omitir examen de la herida en estos casos: la causa puede ser dehiscencia parietal anunciada por líquido seroso rosado que empapa la curación.

Como vemos, frente a O. I. P. A. inmediata, el problema es no confundir una oclusión orgánica de tratamiento quirúrgico con íleo paralítico. Puede haber oclusión mecánica inmediata.

2) OCLUSION MECANICA

La oclusión mecánica postapendicectomía es en su forma más pura, tardía, meses o años después de la apendicectomía. En estos casos ni el diagnóstico ni el tratamiento ofrecen problemas.

Pero, las formas mecánicas puras o *mixtas a factor mecánico predominante*, pueden presentarse en cualquier momento de la etapa "precoz" postapendicectomía, planteando la necesidad de establecer una conducta que evite desconocer su diagnóstico o diferir su tratamiento.

Oclusión mecánica implica obstáculo, y éste perturbación orgánica de la permeabilidad del delgado terminal en los casos que nos ocupan. Hay obstáculo imputable a la operación cuando se trata de acodaduras por suturas o ligaduras que inadvertidamente toman la última asa ileal. Imputable es, por lo general, a la enfermedad, siendo una consecuencia de la peritonitis, de una forma exudativofibrinosa que se organiza en brida o adherencia conjuntiva. La lesión de asa puede ser entonces la estrangulación, el vólvulo. Las sínfisis vísceroparietales con mayor potencialidad oclusiva que las vísceroviscerales.

Es importante en el momento, consignar algunos datos conocidos sobre la *velocidad de formación del obstáculo* que lleva a la oclusión. Se trata de una secuela que requiere un tiempo de latencia para organizarse, retraerse, adquirir consistencia y ocluir.

Se cree que este proceso se acelera con la administración de antibióticos potentes. Se reconoce que su administración sistemática o su colocación en el foco peritonítico son causa de atenuación de los fenómenos exudativos y aceleración de su organización conjuntiva.

Lo que explicaría la frecuencia, actualmente mayor, de las oclusiones mecánicas precoces.

Conocemos además, publicaciones de casos tratados con antibióticos en los cuales la introducción de cristales de sulfamida en el peritoneo dio lugar a oclusión por bridas granulomatosas (estudiadas anatomopatológicamente), que provocaron cuadro oclusivo a tratamiento médico inoperante; comprobándose operatoriamente a 11 días, dichas bridas, en ausencia de líquido y exudado fibrinoso en el peritoneo.

Las oclusiones mecánicas del punto de vista clínico son expone-
nente bastante completo del síndrome oclusivo. En la obstruc-
ción baja o ílea hay dolor cólico, vómito tardío, balonamiento.
La constipación de más de un día puede no ser necesaria para
diagnosticar oclusión en estos casos, cuando el dolor es intenso
y rebelde y la instalación brusca.

La auscultación del abdomen da borborigmos de timbre agu-
do coincidiendo con el cólico. El dolor a la palpación en la zona
de la incisión tiene valor y es frecuente. La reptación de asas
es un síntoma tardío que nunca falta en las descripciones clásicas.

Radiológicamente se caracteriza por ausencia de gases en el
colon y presencia de gases en el delgado. Puede ocurrir que el
contenido líquido llene las asas ocluídas, apareciendo niveles sólo
en la radiografía tomada de pie. Puede hallarse aspecto radio-
gráfico típico de vólvulo. Es muy importante en caso de duda
la interpretación de serie de radiografías tomadas con 6 horas
de intervalo. Cuando da aumento de aeroilea y disminución de
aerocolia se confirma el diagnóstico.

La intubación-aspiración frente a diagnóstico clínicorradio-
lógico de oclusión mecánica se justifica como excelente medida
preoperatoria. La administración de agua y electrolitos agrega
gran beneficio. Pero de ninguna manera, el fracaso de estas me-
didas autoriza a prolongarlas. La oclusión mecánica se beneficia,
pero generalmente no se cura con este tratamiento.

Creemos que en la práctica, toda O. I. P. A., por precoz que
sea, que no responde al tratamiento médico, precoz y correcta-
mente instituido, debe ser considerada una oclusión mecánica
de tratamiento operatorio después de un plazo de 12 a 24 ho-
ras. Como veremos, también puede corresponder a una oclu-
sión mixta a factor mecánico predominante.

3) OCLUSION MIXTA

A doble factor, mecánico y paralítico, implica peritonitis,
condicionando *lesión de función* (enteroplejía) y lesión orgá-
nica: exudación, organización, *obstáculo*.

La oclusión mixta se debe a una peritonitis residual de las
cercanías del ciego, que, por sí sola, o entretenida por drenajes,

cuerpos extraños, etc., paraliza las asas ileales. Su manifestación exudativofibrinosa las aglutina. La exudación fibrinopurulenta configura abscesos rodeados por aglutinación de asas. El íleo paralítico sigue a la peritonitis. Las manifestaciones exudativas fijan las asas así paralizadas cuando la fibrina se organiza o condensa.

El resultado final es la peritonitis adhesiva de las cercanías del ciego o la peritonitis plástica mesoceliaca, con o sin presencia de abscesos en el Douglas o entre las asas delgadas. Estos procesos se acompañan de epiploítis adhesiva y se remarca en excelentes descripciones operatorias la paradoja del vientre de estos ocluidos en que la adherencia es tal, que no es necesario ningún esfuerzo para mantener las vísceras en su sitio.

En medio de tales procesos la oclusión es paralícoinflamatoria, en parte, y en parte mecánica: por acodadura, cambios de dirección, modificaciones extrínsecas del calibre y suspensión de la permeabilidad del intestino involucrado. La oclusión es a menudo *difícil de individualizar, porque es discontinuo y múltiple el obstáculo.*

La oclusión mixta es siempre del período precoz postoperatorio, generalmente retardada y en ocasiones, inmediata. También puede ser contemporánea, en las formas agudas graves y oclusivas de la apendicitis evolucionada.

Clínicamente, entonces, sigue a la molestia de los gases y se instala insidiosamente; o más comúnmente, aparece después de un intervalo muy poco satisfactorio, con dificultades en el tránsito intestinal que se ha restablecido a duras penas, configurándose en 6 u 8 días.

Puede ser una oclusión febril, puede no serlo, y en esto interviene el efecto de los antibióticos. El dolor es más atenuado que en los casos de causa mecánica pura y la distensión y los vómitos pueden faltar, desde el momento en que han sido intubados estos pacientes desde días antes, porque no marchaban bien. En suma: es generalmente una oclusión clínicamente imprecisa, inmediata o retardada, a sintomatología frecuentemente atenuada por los antibióticos y la sonda. Algunas veces, en su presencia, se planteará diferenciación con peritonitis postoperatoria progresiva.

Radiológicamente, pueden verse: a) imágenes de íleo paralítico; b) imágenes de oclusión mecánica: aeroileas circunscritas en la pelvis o en la fosa ilíaca derecha, etc.; c) imágenes de aeroilea en relación con el trayecto de los drenajes; d) imágenes de aeroilea rodeando opacidad de absceso o trama de compresoma.

El problema diagnóstico de estas oclusiones es la valoración del factor predominante (mecánico o paralítico) y de allí surgirá la conducta. Los datos clínicos son de gran valor cuando se diagnostica un absceso, o cuando la retirada de un drenaje soluciona todo. La radiología es útil cuando permite descubrir absceso o cuerpo extraño. O cuando la serie radiográfica muestra señales de mejoría, por ejemplo, disminución de aeroilea, o reaparición de gases en el colon.

Pero, por el momento, lo fundamental es la respuesta al tratamiento correcto en plazos breves, para la valoración del factor predominante y el establecimiento de una conducta en consecuencia.

V) TRATAMIENTO

No hay un tratamiento "standard" para las O. I. P. A. Hay casos sencillos en su interpretación y tratamiento y casos difíciles de interpretar, que plantean conductas diametralmente opuestas en un momento dado.

A) LOS CASOS DE DIAGNOSTICO FACIL

Generalmente pueden incluirse acá: oclusiones por absceso, oclusiones por drenaje, oclusiones por dehiscencia, oclusiones tardías.

1) Tratamiento de las oclusiones por abscesos. Considerados en el Relato, sólo diremos que cuando el absceso es fácilmente accesible (Douglas, parietal, parietocólico, etc.) el drenaje es poco dificultoso. Pero cuando son mesocelíacos y múltiples dan lugar a procedimientos más complejos, en que el absceso es tratado como parte de un plan operatorio mucho más extenso.

2) O. I. P. A. por drenajes. Su extracción muchas veces soluciona todo, sobre todo si es la única causa responsable del cuadro.

3) Las dehiscencias de la herida operatoria admiten una preparación corta y enérgica y deben ser siempre cerradas, asegurándose de que no haya otra causa de oclusión. Tratamiento postoperatorio fundamental en el aspecto de la reposición proteica: sangre total, plasma, régimen hiperproteico y anabolizantes.

4) Los cuerpos extraños olvidados, serán retirados con el procedimiento operatorio mínimo. También admiten preparación preoperatoria.

5) Las *oclusiones mecánicas tardías*, en nada difieren de otras oclusiones postoperatorias tardías de otras operaciones. Requieren intubación-aspiración; reequilibración hidroelectrolítica, sangre o plasma si hay shock. Anestesia general con intubación traqueal, gases y relajantes musculares. En nuestra práctica, si no lo contraindica el estado general y cardiovascular usamos también raquianestesia con Nupercaína. Prefiérese y preferimos la incisión mediana infraumbilical. Luego, hay que seguir directivas: a) buscar intestino sano, no distendido; b) suprimir el obstáculo; c) aliviar la distensión; d) tratar los efectos de la oclusión sobre el asa; e) evitar que se reproduzca la condición.

Debemos remarcar e insistir en que nos parece fundamental en el manejo operatorio de estos pacientes ir desde el primer momento a buscar asas vacías, intestino "de pollo", que no es frágil, antes de manipular o exteriorizar intestino distendido y frágil. Esa simple consigna puede evitar engorrosos y largos, amén de perjudiciales procedimientos. De ese modo es mucho más sencillo y rápido hallar el obstáculo, que si se sigue el camino inverso. Luego deben seccionarse bridas, cerrarse brechas de encarceración, etc. y researse asas que ofrezcan mínima duda de viabilidad. Puede aliviarse la distensión a veces antes de suprimir obstáculo, por necesidad. Los recursos son: hacer progresar la sonda (maniobra cerrada) y aspirar mientras progresa. Hacer una enterostomía, sobre zona aislada, pasando sonda larga en sentido oral. Otro recurso que hemos empleado en paciente no sondado en el preoperatorio, es la gastrostomía descompresiva, haciendo pasar la sonda al yeyuno.

En el postoperatorio debe continuarse el tratamiento médico hasta restablecimiento del tránsito intestinal.

B) LOS CASOS DE DIAGNOSTICO
Y MANEJO DIFICILES

Corresponden a la mayoría de las *oclusiones precoces mixtas* o *mecánicas*. En ellos no se conoce la causa de la oclusión y hay dudas sobre el factor oclusivo predominante. Además de que en general son cuadros incompletos, pero graves, plantean la disyuntiva de conductas conservadoras o radicales a corto plazo.

De todos modos la conducta está bien reglada y es prácticamente unánime: *hay que instalar tratamiento médico de prueba inmediatamente*.

La aspiración. Actúa cortando el círculo vicioso fisiopatológico de la oclusión intestinal, suprimiendo la distensión y favoreciendo el retorno del peristaltismo. Evita el shock de la misma manera. Puede corregir la malposición de asas distendidas al vaciarlas y corregir acodamientos (acción sobre oclusión mecánica).

La sonda más usada es la de Cantor, por la ventaja que tiene el mercurio (peso y fluidez) en la progresión por el tubo digestivo. Los obstáculos nasales se obvian introduciéndola por boca. En casos de espasmo pilórico, y distensión gástrica con biloculación se recomienda el lavado de estómago previo con tubo Faucher, para que franquee el píloro. Debe tratarse siempre de vigilar radiológicamente su ubicación. Existen accidentes producidos por la sonda, que no la contraindican para nada. Intubar a un ocluido nunca debiera dar ningún mal resultado. Nunca será perder el tiempo tratar de hacerlo. Es de eficacia tal, que es el procedimiento de elección en todos los ambientes para tratar los íleos paralíticos puros o mixtos. La atonía del intestino puede enlentecer su progreso. Pero, nunca puede ser ineficaz si la sonda es correcta y precozmente colocada. Permite valorar el factor mecánico; y cuando no soluciona el problema en su causa, queda como recurso preoperatorio inexcusable y eficaz. En plena intervención puede proporcionar vaciamiento de asas sin recurrirse a procedimientos abiertos.

La intubación-aspiración, de todos modos, no resuelve la inmensa mayoría de las oclusiones mecánicas ni la totalidad de las mixtas.

Es muy valioso el criterio de inoperancia del método para cambiar de conducta.

El tratamiento de reequilibración.— No varía en nada del de cualquier otra oclusión. Incluye rehidratación con suero fisiológico preferiblemente balanceado volumen a volumen con las excretas, incluyendo lo que drena la sonda. Administración de cloruro de sodio según, por lo menos, el monto de la cloruria y con la precaución de no agravar una hipokaliemia. Administración de potasio según los datos del electrocardiograma. Debe tenerse en cuenta el estado de hidratación en que se halla el paciente al iniciar la rehidratación, debiéndose usar el hematocrito para estos ajustes de volumen de líquidos. El control de diuresis, por supuesto, es imprescindible.

Es posible, en cualquier ambiente, manejarse con estos mínimos recursos auxiliares.

El tratamiento antiinfeccioso.— En las oclusiones precoces, con antecedentes conmemorativos de operación en foco peritonítico, deben usarse a dosis suficientes y por vía parenteral. Este tratamiento, no sólo coadyuva en la resolución de procesos inflamatorios oclusivos, a los que en algunos casos soluciona en colaboración con la aspiración y reequilibración, sino que, además, permite ampliar las posibilidades y la magnitud de la cirugía de la O. I. P. A.

Problemas y limitaciones del tratamiento médico.— Se considera casi unánimemente que un plazo de 12 a 24 horas es suficiente para decidir si uno de los casos que consideramos es o no de solución quirúrgica. El criterio de efectividad del tratamiento médico incluye: mejoría franca clínica y radiológica o simplemente, restablecimiento del tránsito intestinal.

Los inconvenientes de estas medidas son derivados del enmascaramiento de síntomas, retardando entonces el diagnóstico de oclusión o alentando a esperar confiadamente frente a gravísimos cuadros anatómicos. Y, fundamentalmente, de su prolongación excesiva cuando no se muestran francamente eficaces.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Alexandre escribe: "El tratamiento quirúrgico podrá tener errores de indicación; pero tiene una sola causa de fracaso: la reintervención tardía".

Cuando se trata de una oclusión mecánica precoz pura, los procedimientos son similares a los descritos para oclusión mecánica tardía.

Cuando se trata de una oclusión mixta, los recursos son muy diversos y deben ser cuidadosamente seleccionados según el caso.

Objetivos de la operación: 1) Alivio de la oclusión, derivando por fístula o cortocircuito *bajos*. 2) Actuar sobre el obstáculo, restableciendo la continuidad del tubo digestivo. 3) Actuar sobre la infección peritoneal, por drenaje y remoción de exudados y restos necróticos. 4) Tomar medidas para que no se reproduzca la condición.

Operaciones que sólo llenan el primer objetivo.— *La ileostomía*, hecha con anestesia local, “a la mínima”, en pacientes gravísimos ha dado resultados extraordinarios. Sin embargo las estadísticas de diversos autores no parecen recomendarla para todos los casos. Yovanovitch publica en 1937, 70 % de curaciones, lo que implica 30 % de mortalidad, y en 1961, el mismo autor relata curación de 9 en 11, lo que demuestra la influencia del tratamiento médico actual, seguramente. La ileostomía debe seguirse considerando, de cualquier modo, un recurso de gran valor en las O. I. P. A. Se le asigna como inconvenientes: posibilidad de caer en asa inerte; o sobre asa ocluida en omega; o en asa alta dando desnutrición rápida. Estas eventualidades son mucho más posibles en otras oclusiones postoperatorias que en la O. I. P. A., en que el obstáculo asienta sobre asas ileales bajas, frecuentemente.

La derivación interna. Cumple con el primer objetivo y además restablece la continuidad digestiva; cumple también con objetivo no enunciado: actúa a distancia del foco. Puede ser, según el caso, enteroenterostómica, ileotransversostómica o ileosigmoidostómica. No actúa sobre el obstáculo. Tiene el riesgo de crear cortocircuito alto expoliando rápidamente al paciente y de dejar sin tratar abscesos. De todos modos, es tenida como operación ideal por muchos, y como recurso de necesidad, por todos.

Operaciones que llenan los tres primeros objetivos: La operación directa con liberación simple de asas.— El abordaje di-

recto de la lesión en la O. I. P. A. es hoy posible por los resultados que se obtienen con el tratamiento preoperatorio. Contándose con paciente reequilibrado, intubado y aspirado, protegido con antibióticos, es posible emprender cirugía mayor abdominal en pleno postoperatorio y aún en plena peritonitis. Este tipo de operación se realiza actualmente con mejores resultados que las operaciones mínimas. Consiste en entrar al vientre por incisión mediana infraumbilical o según preferencia, y liberar adherencias metódicamente desde la proximidad del ciego hasta encontrar delgado normal arriba. Al mismo tiempo se drenan o limpian todos los recesos de infección peritoneal y se remueven los depósitos fibrinosos. Luego se peritonizan cuidadosamente las asas y la pared abdominal. Si es necesario se recurre a injertos libres de epiplón, para recubrir defectos parietales. El procedimiento puede implicar resecciones de asas muy comprometidas. Cumplidos los objetivos se drena el Douglas y se cierra.

Esta operación es directa y lógica. Y generalmente eficiente, pero, no debe ser emprendida en sujetos poco resistentes o insuficientemente preparados, pues la reparación de los daños puede llevar mucho más tiempo que la liberación de las asas. Por otra parte, por muy bien que queden las cosas, nunca serán tan perfectas que eliminen totalmente el riesgo de que se reproduzcan adherencias.

Operación que cumple con los cuatro objetivos.—Cada vez se practica más la operación directa completada con operación de Noble parcial en las oclusiones mixtas quirúrgicas. El ordenamiento en N de las últimas asas ileales, plegadas en varios segmentos, el primero de unos 8 cm. y los siguientes de 15 a 20 cm., al hilo irreabsorbible fino, en sutura continua de puntada corta, situada muy cerca del borde mesentérico y deteniéndose a 3 cm. de los extremos, parece ser en la actualidad la técnica más recomendada. Deben además cerrarse a puntos separados los recesos que configura el pliegue de los mesos. Es preferible que el paquete de asas plegadas bloquee la entrada de la pelvis. Debe plegarse hasta llegar a intestino sano. Actualmente, esta operación obtiene mejores resultados que las operaciones mínimas. En el postoperatorio debe prolongarse el tratamiento médico descrito hasta que se pueda suspender sin daño, o cuando empie-

za a hacer daño y no se necesita. El aporte proteico debe ser importante y eficiente por la razón del prolongado ayuno a que son sometidos los pacientes.

Como vemos, *el pronóstico* de la O. I. P. A. depende de la *precocidad y correcta aplicación del tratamiento*.

También depende, y mucho, de la *vigilancia estrecha que les dedique el responsable*. Alguien dijo: "...casos de oclusión intestinal deben ser vistos hasta media docena de veces por día...". Creemos que tenía mucha razón, pero que en materia de manejo de oclusión postoperatoria, aún se quedó corto.

Y para terminar, debemos decir que existe un tratamiento profiláctico operatorio de la O. I. P. A. durante la apendicectomía.

Muy importante y muy antiguo. Payr, Körte, Hawkes, operaban formas oclusivas de la apendicitis aguda por incisión mediana, con liberación de asas y limpieza del foco. Boekel practicó resecciones con éxito en estas operaciones. Bérard y Vignard mencionan la necesidad de liberar la última asa ileal en ciertas apendicectomías. Prat, en 1930, reclama en nuestro medio, una conducta profiláctica. Otros trabajos nacionales la jerarquizan.

Actualmente, se practica, y sigue acumulando casos exitosos, la operación directa con plicatura en el tiempo de la apendicectomía, en pleno foco peritonítico.

Cosa completamente lógica y formal, desde que las lesiones que causan la oclusión mixta o mecánica están ya presentes o en gestación bien avanzada en las formas oclusivoperitoníticas de las apendicitis agudas.

RESUMEN

1) Se ubica la O. I. P. A. entre las formas clínicas que relacionan apendicitis y oclusión intestinal.

2) Se establece la frecuencia de la O. I. P. A. en relación con otras oclusiones postoperatorias y la situación del apéndice.

3) Se estudian factores causales y modo de actuar discriminando cuales se deben a la afección y cuales a la operación.

4) Se establecen las nomenclaturas y plazos de instalación de las oclusiones postoperatorias.

5) Se estudian los diversos tipos de oclusión postapendicectomía desde el punto de vista anatomoquirúrgico, clínicorradiológico y diagnóstico.

6) Se encara el tratamiento según las dificultades diagnósticas considerándose la conducta en los casos sencillos y en los casos de dificultad en su manejo. Se comenta la aspiración por sonda y el tratamiento de reanimación o reequilibración. Se pasa revista a los procedimientos quirúrgicos según los objetivos que llenen.

7) Se mencionan y comentan algunos hechos y opiniones sobre profilaxis de la oclusión durante las apendicectomías.

BIBLIOGRAFIA

1. ARMAND UGON, V.—Ocl. postop. por perit. adhes. en el curso de la Ap. Ag. "An. de la F. de Med.", 273; 1929.
2. BARTHE, E.—Intub. int. prevent. y terap. "Vº Congr. Urug. de Cir.", T. I.
3. BERARD et VIGNARD.—"L'Appendicite". Oocl. Int. Post-op., 852. Masson, 1914.
4. BUENO DE LOS RIOS, A.—Contr. al "Vº Congr. Urug. de Cir.", T. I, pág. 406.
5. CENDAN ALFONZO, J. E.; LATOURRETTE, E. y CLARCK, O.—Ocl. bipolar en asa omega del int. delg. "Vº Congr. Urug. de Cir.", T. I, pág. 473.
6. CHUTRO.—"Compli. postop. de la ap.". Relato al Congr. Arg. de Cir., 1930.
7. FINOCHIETTO, R.—Laparotomía por ocl. aguda. "La P. Méd. Arg.", XLV, 49.
8. FINOCHIETTO, R.—Plegadura yey. ileal o enteroptigia; operac. de Noble. "La P. Méd. Arg.", XLVI, 14.
9. HEPP, M. J.—Oocl. et appendicite. En "Traité de Pat. Chir.", T. V, 735.
10. LE BRIGAND, J.—Importance de la réanimation dans le trait. des oocl. int. aigües. En "Act. Hepat. Gast. Entér. de L'Hôtel Dieu", 1955.
11. MAGRI COSTA, R.—El uso de sondas en los sínd. ocl. "Vº Congr. Urug. de Cir.", T. I.
12. MALVY, P.—Les oocl. par adherences et par brides. En Quénu: "Oocl. Int.", G. Doin, 1952.
13. MARGOLIS, E.—Potasio y ocl. int. "Vº Congr. Urug. de Cir.", T. I, 399.
14. MIALARET, J.—Orient. act. du trait. de l'occl. int. aig. de l'int. grêle. En "Act. Hepat. Gast. Entér. de L'Hôtel Dieu", 1955.

15. MERNIES, G.—Oclusión intestinal. Relato del “Vº Congr. Urug. de Cir.”,
T. I.
16. MONDOR, H.—“Diagnostics Urgents”. Masson, 1949, pág. 908.
17. NASH, J.—“Fisiología Quirúrgica”. Mundi, 1947.
18. OLIVIER, Cl.—Radio-dagnostic des Ocel. Précoces Post-op. des Int. Abd.
“Act. Hepat. Gast. Entér. de L’Hôtel Dieu”, 1955.
19. ORMAECHEA, C. y AGUIAR, A. R.—Oclusión int. postapendicectomía.
Contr. al “Vº Congr. Urug. de Cir.”, T. I, 415.
20. PAVLOSKY, A. J.—“Abdomen ag. quir.”, II: 169; 1941.
21. PIQUINELA, J. A.—La operación de Noble. “Arch. de Med. Cir. y Esp.”,
T. L.
22. QUENU, J. et ALEXANDRE, P.—“Oocl. Int.” (Les Ocel. Int. Post-op.
Prec.). Doin, 1952.
23. QUENU, J. et THOMERET, G.—“L’Operation de Noble”, Doin, 1952.
24. REQUARTH, W.—“Diagnóstico del dolor abd. ag.”. Artetécnica, 1955.
25. SAPISOCHIN, E. y SRULIJES, S.—Ocl. int. prec. en el postop. de ap.
ag. graves. “La P. Méd. Arg.”, XLVI, Nº 35.
26. THOMAS, O. H.—Cit. en (8) por Finocchetto, R.
27. VIGIL SONORA. E.—“Apendicitis y oclusión intestinal”. A. del At. de
Clín. Quirúrgica, julio de 1946.
28. WANGENSTEEN, O. H.—“Oclusión Intestinal”, L. & F., 1958, pág. 49.
29. WELCH, Cl. E.—“Obstrucción intestinal”. Interam., págs. 299-315; 1959.
30. YOVANOVITCH, B. Y.; KANGRGA, V.; TOCHITCH et ROSSITCH, V.
Les Oocl. Int. Post-operatoires. “J. de Chir.”, T. 82, Nº 4.

CORRELATO:

Tratamiento radiante y químico del cáncer de pulmón.

Dr. Helmut Kasdorf.

Dr. José A. Glausiuss.